FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1907-1908 — N° 79

CONTRIBUTIONS
A L'ÉTUDE D'UNE NOUVELLE OPÉRATION
SUR LA
THERAPEUTIQUE DES PROLAPSUS UTERINS
(OPÉRATION DE SCHUTA-WERTHEIM)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et Soutenue publiquement le 24 Décembre 1907

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ARTHUR MIGUET

NÉ A BOURG, LE 17 AVRIL 1882



1907

IMPRIMERIE JOSEPH GIRY

78, Rue Crillon, 78

LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1907-1908 — N° 79

CONTRIBUTIONS

A L'ÉTUDE D'UNE NOUVELLE OPÉRATION

SUR LA

THERAPEUTIQUE DES PROLAPSUS UTERINS

(OPÉRATION DE SCHUTA-WERTHEIM)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et Soutenue publiquement le 24 Décembre 1907

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Arthur MIGUET

Né a Bourg, le 17 avril 1882





1907

IMPRIMERIE Joseph GIRY

78, Rue Crillon, 78

LYON

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. . . . Doyen.
J. COURMONT . . . Assesseur.
Doyen honoraire : M. LORTET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE TEISSIER BARD
Cliniques chirurgicales	PONCET JABOULAY
Clinique obstétricale et Accouchements	FABRE
Clinique ophtalmologique	ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS
Clinique des maladies mentales	PIERRET
Clinique des maladies des enfants	WEILL
Clinique des maladies des femmes	POLLOSSON (A.)
Physique médicale	X...
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE
Matière médicale et Botanique	BEAUVISAGE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART
Anatomie	TESTUT
Anatomie générale et Histologie	RENAUT
Physiologie	MORAT
Pathologie interne	ROQUE
Pathologie et Thérapeutique générales	COLLET
Anatomie pathologique	TRIPIER
Médecine opératoire	POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING
Médecine légale	LACASSAGNE
Hygiène	COURMONT (J.)
Thérapeutique	PIC
Pharmacologie	FLORENCE

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours supplémentaire . . . . M. DOYON

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Pathologie externe	MM. VALLAS,	agrégé.
Maladies des voies urinaires	ROCHET	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS	—
Propédeutique chirurgicale	BERARD	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN	—
Hygiène administrative	LESIEUR	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Matière médicale	MOREAU	—
Embryologie	REGAUD	—
Anatomie topographique	ANCEL	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	TIXIER	NEVEU-LEMAIRE	LAROYENNE
PAVIOT	REGAUD	PATEL	VORON
SAMBUC	ANCEL	J. LEPINE	NOGIER
COURMONT (P.)	COMMANDEUR	LESIEUR	MOUNEYRAT
CHATIN	GAYET	MARTIN (Etienne)	
VILLARD	MOREL	CAVAILLON	

M. BAYLE, Secrétaire.

Examinateurs de la thèse :

MM. Aug. POLLOSSON, *President;* FABRE, *Assesseur;*
MM. TIXIER et CAVAILLON, *Agrégés.*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

CONTRIBUTIONS

A L'ÉTUDE D'UNE NOUVELLE OPÉRATION

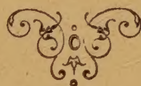
SUR LA

THÉRAPEUTIQUE DES PROLAPSUS UTERINS

(Opération de Schauta-Wertheim)

PAR

Le Dr Arthur MIGUET



1907

IMP. J. GIRY, 78, RUE CRILLON

LYON

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Docteur A. POLLOSSON

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

INTRODUCTION

Nous appoitons une contribution nouvelle à l'étude de la thérapeutique des prolapsus ; cette thérapeutique chirurgicale est riche en interventions, ce qui provient de ce que le prolapsus utérin se manifeste sous diverses formes cliniques qui ne sont point justiciables d'une seule et même intervention. D'autre part, il est très difficile de prévenir la récidive des ptoses génitales invétérées, et il n'est point de procédés opératoires qui satisfassene parfaitement. Nous ne ferons que jeter un coup d'œil sur l'évolution de la thérapeutique des prolapsus. Nous laisserons de côté le cloisonnement du vagin ou opération de LEFORT, qui est de la période préaseptique de la chirurgie.

Au prolapsus utérin on a opposé tour à tour l'hystérectomie vaginale associée ou non à une périnéorrhaphie. Dans les grands prolapsus on a fait la colpohysterectomie. Puis, ont apparu les hystéropexies ligamentaires indirectes — ou encore les hystéropexies directes. Mais, suivant l'étendue du prolapsus, on est obligé de faire cette hystéropexie à un niveau plus ou moins élevé de la paroi abdominale. Plusieurs l'ont faite à l'ombilic, d'autres à l'épigastre (Bilhault). Les autres suppriment l'utérus en partie ou en totalité : hystéropexie après amputation du fond utérin, ou bien colpopexie après hystérectomit totale (Aug. Polosson). Les uns se contentent de cette

intervention haute. D'autres y ajoutent une périnéorrhaphie. Il paraît aujourd'hui reconnu que la périnéorrhaphie doit être et rester l'opération fondamentale de la thérapeutique des prolapsus.

La périnéorrhaphie se trouve suffisante dans les affaissements du plancher périnéal ; lorsqu'il y a prolapsus utérin en même temps, cette réfection du périnée est destinée à soutenir l'utérus, et le résultat sera d'autant plus parfait que l'on aura transformé le vagin en un conduit virtuel, c'est-à-dire que la vessie, la paroi vaginale antérieure, l'utérus, forment avec la paroi vaginale postérieure, le rectum et le périnée un tout, un seul bloc. C'est vers ce but qu'il faut tendre dans toutes les opérations qui ont trait à cette chirurgie. Ce désideratum ainsi exprimé paraît être méconnu ; aussi croyons-nous devoir l'étayer sur une étude pathogénique des prolapsus. Nous consacrerons notre premier chapitre aux formes anatomo-pathologiques et à la pathogénie des prolapsus.

Dans le deuxième chapitre, nous donnerons la description de cette nouvelle opération ; et, dès lors, nous rechercherons à établir les résultats et les indications de cette intervention.

Mais, avant de commencer cette étude, qu'il nous soit permis de remercier M. le Professeur A. Pollosson du grand honneur qu'il nous fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.

M. le Docteur Violet, Moniteur de Clinique Gynécologique, a bien voulu nous fournir le sujet de notre travail, mettant sans compter à notre disposition sa science et et son temps. Nous lui en garderons une reconnaissance ineffaçable.

CHAPITRE PREMIER

Anatomie pathologique et pathogénie du prolapsus génital. — Déductions générales au point de vue opératoire.

Les auteurs qui ont étudié la pathogénie du prolapsus génital en ont donné des interprétations différentes et multiples. On a distingué des prolapsus de force et des prolapsus de faiblesse ; cette distinction est bien théorique.

« Tous les prolapsus, comme dit Legueu, sont à vrai dire, des prolapsus de faiblesse aidés, hâtés, déterminés par un effort brusque, des efforts répétés. C'est dans l'association de ces deux facteurs, l'effort d'une part et la lésion de l'appareil contenteur et suspenseur de l'utérus d'autre part, qu'il faut chercher la clef du mécanisme du prolapsus. » Pour qu'il prenne naissance et se développe, il est donc certaines conditions fondamentales, dont deux doivent attirer plus particulièrement l'attention.

Ce sont d'abord les modes de fixation et de suspension de l'utérus. C'est ensuite la constitution et la résistance du plancher pelvien.

Modes de fixation et de suspension de l'utérus.

L'utérus est suspendu au-dessus du périnée par un certain nombre de ligaments qui ont une importance assez variable. Ligaments larges, ligaments ronds, ligaments utéro-sacrés. Toutefois ces formations ligamentaires n'ont de valeur que par la présence dans leur intérieur d'une aponévrose plus résistante,

plus solide : l'aponévrose supérieure, ou aponévrose sacro-reclo vaginale.

C'est Jarjavay qui, le premier, a décrit chez l'homme cette aponévrose. Depuis, elle a été étudiée par Farabeuf et Pierre Delbet chez la femme. Elle vient s'insérer sur l'isthme utérin à un centimètre au-dessus de l'insertion vaginale ; c'est elle qui au cours des hystérectomies abdominales retient l'utérus autant que les insertions vaginales.

Une légère incursion dans le domaine chirurgical éclaircit facilement ce point de vue anatomique. Au cours des hystérécto-mies abdominales par la voie antérieure, comme les pratique M. le professeur A. Pollosson, le rôle de l'insertion de l'aponévrose pelvienne apparaît clairement Dans ce procédé, en effet, on aborde en premier lieu et on ouvre la paroi antérieure du vagin. Par cette brêche vaginale antérieure on peut désinsérer tout le pourtour du vagin sur le col. Lorsque cette désinsertion est faite l'utérus ascensionne un peu mais tient toujours, et c'est sur les côtés qu'on voit alors l'aponévrose pelvienne supérieure tendue et résistante. Sa libération demande toujours quelques coups de ciseaux. Doyen dit au sujet de l'hystérectomie abdominale par son procédé, qu'il suffit de libérer les attaches vaginales pour voir l'utérus ascensionner. Ce procédé opératoire qui est d'une élégance et d'une rapidité vraiment merveilleuse, n'est pourtant conduit à souhait que lorsqu'on a soin de faire porter la désinsertion au niveau des bords latéraux de l'utérus, non seulement sur les insertions vaginales, mais encore sur les ligaments utéro-sacrés et sur les attaches de l'aponévrose pelvienne de l'utérus. Le dôme vaginal et les insertions vaginales n'ont donc pas seuls une grande importance (Doyen), mais sont considérablement aidés par le rôle de l'aponévrose sacro-recto-vaginale (A. Polosson).

Les circonstances opératoires au cours des hystérectomies abdominales pour fibromes, mettent bien en évidence l'action de l'aponévrose pelvienne comme soutien de l'utérus. C'est elle qui maintient le niveau et la position de l'utérus ; c'est autour d'elle,

comme autour d'une charnière que se font les mouvements de sonnette bien connus que possède cet organe ; un mouvement imprimé au col par la voie vaginale fait dévier le corps dans un sens opposé.

Les éléments de suspension peuvent subir diverses altérations ; on peut les constater à la suite de la grossesse par le fait du manque d'involution utérine, et en même temps que ce manque d'involution utérine, il existe aussi un défaut d'involution de l'expansion musculaire ligamentaire de l'utérus. D'autres fois, on trouve ces altérations chez les dégénérés du tissu musculaire don la faculté de relâchement extraordinaire offre à décrire la surcharge graisseuse, les vergétures, la flaccidité ligamenteuse et pariétale (Richelot), et qui présentent de véritables panoptoses.

Le relâchement de l'aponévrose pelvienne peut être primitif et constituer l'abaissement utérin, quelquefois même le prolapsus.

Qu'adviendra-t-il lorsqu'à cette altération viendra s'ajouter l'action de l'effort. Normalement la pression abdominale augmentée au moment de l'effort repousse l'utérus en bas et met en jeu l'élasticité et la résistance de son élément capital de suspension : l'aponévrose *pelvienne*.

Dans un effort modéré et pour des tissus sains, l'élasticité normale de cette aponévrose suffit à ramener l'utérus dans sa position primitive, une fois que l'effort a pris fin. S'agit-il d'un effort considérable ? L'élasticité et la résistance de cette aponévrose trouveront un aide dans le plancher périnéal. Il en sera de même si un effort ordinaire agit sur des ligaments suspenseurs altérés et relâchés. Dans les deux cas, le rôle du plancher périnéal se fera sentir. Ce point d'appui, ce buttoir périnéal vient-il à manquer, le prolapsus ne peut que s'aggraver et on est ainsi conduit à étudier le deuxième point.

Constitution et résistance du plancher pelvien

C'est assez comprendre par la description du mécanisme de la statique utérine supérieure et l'influence de l'effort sur la région delvienne, l'importance du périnée dans l'étiologie des prolapsus

Le plancher périnéal intact offre un point d'appui à l'utérus exactement à la limite de l'extensibilité de l'aponévrose pelvienne. Au moment de l'effort les muscles périnéaux se contractent d'une façon synergique avec ceux de la paroi abdominale et limitent l'effet de ces derniers; si ces muscles périnéaux font défaut ou sont plus ou moins atrophiés congénitalement, ou bien ont été mutilés au cours des accouchements, rien n'empêchera plus la tendance de la presse abdominale à pousser les organes pelviens au dehors, la résistance de l'aponévrose pelvienne sera bientôt forcée et l'abaissement utérin sera un prolapsus. Il n'y a pas un tissu aponévrotique qui résiste à un effort répété.

De tous les muscles qui constituent le planchér périnéal, le plus important est le releveur de l'anus complété en arrière par l'ischio-coccygien et qui forme ce que les anatomistes nomment le diaphragme pelvien.

Aussi, on peut observer une déchirure périnéale complète intéressant le sphincter jusqu'à l'anus, si les releveurs sont conservés de chaque côté, cette déchirure constitue une fente linéaire et le prolapsus ne se produira pas.

Un troisième élément peut intervenir dans la pathogénie des prolapsus c'est la

Position de l'Utérus

La rétroversion de l'utérus ou seulement sa position verticale constituent une cause favorable à la descente utérine, et ceci pour plusieurs raisons. En effet, tant que l'utérus est en antéversion, la presse abdominale ne fait que l'appliquer contre la paroi antérieure du vagin laquelle repose sur le périnée, la lumière du vagin étant normalement virtuelle. L'axe du vagin fait avec l'axe utérin un angle ouvert en avant et l'effort ou l'augmentation de la presse abdominale tendent à diminuer l'ouverture de cet angle. Dès que l'utérus est en rétroversion ou au moins vertical, son axe tend à se confondre avec celui du vagin, le col pénètre en coin dans le conduit vaginal, et chaque pression de haut en bas tendra

à engager de plus en plus l'utérus à venir butter sur le plancher périnéal.

Dès lors à chaque effort le plancher périnéal aura à supporter ce coup de bélier abdominal.

Lorsqu'il existe aussi un relâchement complet du diaphragme pelvien,c'est non seulement l'utérus qui subit l'influence de la presse abdominale, mais aussi la paroi antérieure du vagin entraînant la vessie, la paroi postérieure du vagin accompagnée ou non du rectum. La paroi antérieure vaginale est, on le sait, adhérente à la vessie; la paroi postérieure est séparée du rectum par un tissu cellulaire lâche qui lui permet de glisser sans entraîner cet organe; ce n'est que lorsque des adhérences ont uni le rectum et le vagin qu'll se produit en même temps une rectocèle.

De ces données anatomiques il résulte que la condition essentielle des prolapsus utérins se trouve dans la perte de résistance du plancher pelvien. C'est surtout à refaire ce diaphragme musculaire que représentent les releveurs de l'anus à l'état normal, qu'il faudra tendre comme objectif thérapeutique. Toutefois, lorsque des lésions secondaires sont constituées, il faut songer aussi à y parer, et c'est pour celà que nous allons étudier les faits anatomopathologigues.

Cette anatomie pathologique est faite sur le vivant au cours des interventions et relève de la clinique. La clinique nous montre qu'il existe non pas *un prolapsus*, mais *des prolapsus*.

Nous laisserons de côté les prolapsus chez les vierges, qui sont des prolapsus aigus, véritables hernies de force. Nous laissons également de côté l'allongement hypertrophique primitif du col. Nous avons en vue seulement l'étude des prolapsus chez les femmes ayant eu un ou plusieurs enfants.

Au point de vue clinique, on observe : 1° *Déchirure périnéale, cystocèle pure avec utérus en bonne position*. C'est le premier stade du prolapsus. Il s'agit le plus souvent d'une femme ayant été déchirée au moment d'un accouchement récent et qui se plaint de symptômes vésicaux.

La vulve est plus large que normalement, la paroi antérieure du vagin se trouve sans soutien. Le plus souvent l'utérus est en rétro-position, l'axe de la pression abdominale vient passer en avant de l'utérus et à chaque effort la paroi antérieure du vagin vient se présenter à l'extérieur.

2° A ce même degré de prolapsus, l'affection peut avoir une physionomie un peu particulière, un peu différente du fait que l'utérus, au lieu d'être en bonne position, c'est-à-dire en antéflexion se trouve en rétroversion.

Cystocèle et rétroversion. Voilà la deuxième forme clinique. C'est ce qui rentre un peu dans la catégorie des auteurs allemands : *Retrovertio mit descensus des vaginœ.* L'un et l'autre cas, dont voici le début, peuvent s'aggraver s'ils ne sont cas traités.

Dans le première forme clinique la modification qu'on voit survenir tout d'abord en même temps que l'augmentation du degré de la cystocèle, c'est l'allongement hypertrophique de la lèvre antérieure du col.

3° Dans d'autres cas, le prolapsus commence encore par les parties hautes du vagin ; mais au lieu du cul-de-sac antérieur, c'est le cul-de-sac postérieur qui s'effondre, et la lésion est entièrement constituée par une *clytrocèle postérieure.* Nous avons vu des faits analogues : l'utérus est en bonne position, il est peu abaissé ; le périnée a été déchirée ; les releveurs ne se rejoignent plus ensemble sur la ligne médiane ; la vulve est béante et dans son ouverture se présente une tumeur formée par la partie postérieure et supérieure du vagin, c'est comme une hernie congénitale du Douglas.

4° *Prolapsus du vagin sans allongement du col* et *sans prolapsus utérin.* Il est des cas chez une femme ayant eu plusieurs enfants où c'est le diaphragme pelvien, l'ensemble des muscles du périnée qui ont eu à supporter l'injure de l'accouchement ; chez elles, on peut voir le prolapsus débuter par la partie inférieure du vagin. A chaque effort, paroi antérieure et paroi postérieure du vagin se déroulent et viennent faire hernie à la vulve. A

chaque effort l'utérus et les culs-de-sacs vaginaux obéissent à la presse abdominale, mais tandis que ceux-ci remontent sous l'influence de l'élasticité du soutien supérieur conservé, les portions du vagin avoisinant la vulve et manquant complètement de soutien, se dérobent petit à petit à chaque effort, et au bout d'un certain nombre d'années le prolapsus sera constitué. C'est le prolapsus vaginal primitif des auteurs classiques, cystocèle antérieure et cystocèle postérieure, c'est *l'abaissement primitif du plancher perinéal.*

Dans cette forme de prolapsus, on peut voir le déroulement du vagin entraîner peu à peu l'utérus. Cet organe qui était en antéversion physiologique, se met peu à peu en position verticale et dès lors se précipite à la suite des parois vaginales et peut ainsi être entraîné progressivement hors la vulve, réalisant ainsi le prolapsus complet. Au cours de cette évolution, on peut observer en même temps la descente et un allongement hypertrophique secondaire de la position profonde susvaginale du col. Si au contraire cette descente est rapide, on voit un utérus petit ou de volume normal en rétroversion dans le prolapsus. Donc, on a dans cette forme un *prolapsus vaginal primitif* ayant commencé par la moitié inférieure, et un *prolapsus utérin secondaire.*

5[e] forme. Le *Prolapsus utérin primitif* tient uniquement à l'effondrement du soutien supérieur. Dans ces conditions l'utérus descend le premier par ce fait qu'il est vertical et déroule peu à peu le vagin dans ses parties supérieures. Il y a inversion vaginale secondaire, et suivant la résistance du plancher périnéal, on aura ou un simple abaissement utérin, ou un véritable prolapsus. Si le périnée est intact et le diaphragme pelvien résistant, on aura un *simple abaissement* utérin avec utérus vertical ou utérus rétrofléchi. C'est ce qui se passe chez toutes les femmes à ptose. Mais si la déchéance des tissus qui préside à la genèse de la ptose abdominale frappe le périnée, ou mieux si à cette déchéance fonctionnelle s'ajoute un traumatisme obstétrical, l'abaissement

utérin avec utérus gros et congestif fera place à un prolapsus qui pourra s'aggraver jusqu'au *prolapsus extra-vulvave.*

6e forme. Il existe enfin des cas dans lesquels le prolapsus marche parallèlement au niveau de la vulve et au niveau de l'utérus. L'élément de soutien inférieur et l'élément de suspension ont été lésés en même temps et dans ces conditions le prolapsus arrive bientôt à ses derniers stades.

En somme, pour ramener ces nombreuses formes cliniques à des formes pathogéniques, nous distinguerions suivant que les lésions commencent par le *plancher périnéal* ou par *l'utérus.*

1° Un abaissement primitif du plancher périnéal avec déroulement du vagin et abaissement secondaire de l'utérus.

2° Un prolapsus primimitif de l'utérus et de culs-de-sacs, sans affaissement du plancher périnéal. C'est la *hernie utérine* proprement dite dont le plancher périnéal constitue le trajet herniaire, Comme subdivision à cette deuxième forme nous admettrions à côté de la *hernie utérine* des hernies *para-utérines, antérieures* ou *postérieures*, ces hernies para-utérines correspondant à nos formes cliniques 1, 2 et 3 (cystocèle ou élytrocèle avec utérus en bonne position).Somme toute les lésions qui sont primitives dans un cas, sont secondaires dans l'autre, mais au point de vue thérapeutique il faut remédier aussi bien aux unes qu'aux autres.

Déductions Opératoires

Ainsi, dans tout prolapsus, il existe deux éléments aux altérations desquels il faut remédier : l'*élément de soutien inférieur*, trajet herniaire releveur de l'anus ; *l'élément de soutien supérieur*, amorce herniaire. De même que dans la cure radicale de la hernie, il existe des procédés qui s'adressent à la paroi abdominale, tandis que d'autres s'adressent au sac, dans la cure des prolapsus utérin, il faut :

1° Restaurer le trajet herniaire, c'est-à-dire le diaphragme pelvien ;

2° Détruire l'amorce herniaire.

A) La réfection du plancher périnéal est quelque chose d'univoque ; elle ne s'obtient que par une bonne colpopérinéorrhaphie postérieure avec suture des releveurs. Mais, il est non moins important de détruire l'amorce herniaire, sinon on a beau élever un buttoir, le prolapsus subsiste tout entier derrière et récidivera sous l'influence de l'effort continu et répété.

B) Détruire l'amorce herniaire est quelque chose de complexe, de variable, suivant le cas.

Cette amorce peut être uniquement constituée par un utérus en rétroversion, par la mauvaise position de cet organe. Réduisons cet utérus et nous voilà dans des conditions normales de statistique pelvienne.

A cela un pessaire, après une bonne réduction, peut être suffisant. Pour cette correction, la paroi vaginale antérieure se tend et la cystocèle, si elle est un peu marquée, se trouve de ce fait même corrigée. Cette correction d'attitude peut être effectuée par des interventions. Celles mêmes qu'on pratique pour les rétroversions simples sans prolapsus, suffisent à corriger la position utérine. Plusieurs procédés ont été employés ; parmi ceux-ci, citons l'opération d'Alquié Alexander.

Les interventions sont tout à fait valables, si l'amorce herniaire n'est constituée que par la déviation utérine. Existe-t-il en même temps que cette rétroversion de l'abaissement utérin ? Le raccourcissement des ligaments ronds n'est pas suffisant, car la rétroversion est réduite, mais l'abaissement persiste ; ces malades auront encore besoin d'un pessaire.

Au sujet de l'abaissement utérin, qu'il nous soit permis de faire une digression qui éclaircira l'explication du mode de traitement de cette affection.

L'abaissement utérin, notion clinique bien connue de tous les gynécologues, est un phénomène dont la conception anatomopathologique est bien moins nette.

Il constitue en fait la première phase du prolapsus. Normalement, l'utérus qui oscille autour d'un axe perpendiculaire à sa

direction, est placé derrière la symphyse pubienne ; or, ce qui constitue son abaissement, ce n'est pas tant la situation de l'utérus que sa bonne position dans sa situation. Si au cours de l'exploration vaginale, on fait tousser une femme dont l'utérus est en bonne position, on a toujours au doigt une sensation d'impulsion ; si, d'autre part on cherche à élever l'utérus, on constate que cette élévation utérine est très limitée et détermine de la douleur.

A l'examen d'une femme dont l'utérus est dans une situation basse, on constate surtout au moment de l'effort (toux), que le col utérin descend d'une hauteur bien supérieure à la normale ; et, qu'en second lieu, on peut élever cet utérus de 1 à 2 centimètres, sans provoquer de la douleur.

Si cette malade présente une déchirure de son plancher pelvien, par le fait de l'extensibilité du soutien supérieur de l'utérus, celui-ci n'a plus son buttoir normal, et l'abaissement utérin n'est que la première phase du prolapsus qui suivra nécessairement. Le périnée restant intact, le relâchement du soutien supérieur peut persister longtemps sans donner de prolapsus, car l'utérus vient reposer normalement sur le plancher périnéal et un simple pessaire bien approprié provoque la disparition des quelques symptômes accusés par la malade.

En présence d'une malade chez qui une rétroversion et l'abaissement utérin peuvent constituer l'amorce herniaire, c'est-à-dire favoriser le prolapsus, il pourra être indiqué de faire une correction de la position par les ligaments ronds et de remédier à l'abaissement par un pessaire approprié, Ou bien encore on pourra pratiquer l'intervention qui consiste à fixer les ligaments ronds et les ligaments utéro-sacrés, nous attaquant ainsi directement au relèvement de l'aponévrose pelvienne.

Enfin, on pourra choisir une opération qui s'adresse à la fois aux deux éléments décrits ci-dessus, c'est-à-dire à l'*hystéropexie*.

On associe dans ce cas l'hystéropexie à la colporrhaphie antérieure et à la colpopérinéorrhaphie.

L'hystéropexie, la colporrhaphie antérieure, s'adressent à l'amorce herniaire ; la colpopérinéorraphie postérieure, s'adresse au trajet herniaire.

Dans le cas où les parois vaginales supérieures ont subi une inversion et un allongement considérables, on substitue à l'hystéropexie classique la fixation du moignon cervical après amputation du fond utérin. D'autres vont plus loin, et pratiquent une hystérectomie abdominale totale avec fixation du dôme vaginal à la paroi abdominale. Notre maître, le Professeur Auguste Pollosson, a eu de très bons résultats qu'il a préconisés dans la thèse de Vieux (Lyon 1905).

D'autres ont pensé réaliser au mieux cette suppression de l'amorce herniaire, par la suppression pure et simple de l'utérus. L'hystérectomie vaginale a été à une époque, pratiquée par plusieurs chirurgiens dans ce but. Cette hystérectomie vaginale n'a pas donné dans la thérapeutique des prolapsus les résultats qu'on en attendait. Pour avoir un bon résultat, il faut faire simultanément une colpectomie large, totale même, de manière à transformer le vagin en une surface cruentée, et du même coup, une bonne périnéorrhaphie. A un autre point de vue, le procédé que nous préconisons offre l'avantage de détruire cette amorce herniaire par la bascule de l'utérus dans le vagin, par la mise en tension des parois vaginales et par le soutien effectif qu'on apporte au plancher vésical.

Cette intervention que nous considérons comme bonne a des indications limitées que nous chercherons à envisager dans un autre chapitre. Nous voulons dès maintenant en donner la technique, après en avoir fait un court historique.

CHAPITRE II

Historique et Exposé de l'opération de Wertheim

La première idée de cette thérapeutique chirurgicale qui consiste à fixer l'utérus déplacé dans le conduit vaginal et de s'en servir comme pessaire revient à Freund 1896. En général, dans les prolapsus, l'utérus se trouve en complète rétroversion. Dès lors, il parut facile à Freund de faire basculer l'utérus par une colpotomie postérieure et de fixer le fond utérin ainsi ramené à la paroi antérieure du vagin préalablement avivée par l'excision d'un lambeau. Mais, comme dans cette situation le col utérin appliqué dans le cul-de-sac antérieur se trouvait oblitéré et ne permettait point l'écoulement au dehors des sécrétions utérines, Freund reconnut la nécessité de faire un nouvel orifice sur le fond utérin.

Avant d'appliquer cette opération contre les prolapsus, Freund l'avait utilisée dans le but d'oblitérer une large fistule vésico-vaginale. Il l'appliqua ensuite dans la thérapeutique des prolapsus. Il fut le premier à signaler toutefois l'inconvénient de sa méthode. La présence de l'utérus dans le vagin se trouve être un obstacle au coït, et d'autre part, l'utérus recouvert de son péritoine au niveau de la muqueuse vaginale s'enflamme, se recouvre alors de granulations et devient la cause d'une suppuration abondante.

L'idée de Freund fut reprise par Fritsch. Après avoir fait une incision en T sur les parois antérieures et postérieures du vagin et la dissection de ces lambeaux de colporraphie antérieure et de colporraphie postérieure, il continue par l'ouverture du repli péritonéal vésico-utérin la luxation de l'utérus dans le vagin et la

suture devant l'utérus du lambeau vaginal antérieur et du lambeau vaginal postérieur.

A la même époque paraît un travail de Wertheim (Zentralblatt 1899) qui préconise la luxation antérieure de l'utérus par colpotomie antérieure, l'inclusion de cet utérus basculé au-dessus des deux lambeaux de la colporraphie antérieure disséquée mais non reséquée, entre ceux-ci et la paroi inférieure de la vessie soigneusement disséquée, autrement dit dans la cloison vésico-vaginale dédoublée.

Voici la technique qu'il donne dans son travail : à cette époque, il n'avait appliqué son intervention qu'à deux malades, et il décrit la technique de la façon suivante :

Ier Temps. — Par une incision transversale sur le cul-de-sac antérieur l'utérus est attiré dans le vagin après ouverture du péritoine vésico-utérin ; après quoi les deux angles de l'incision sont suturés jusqu'au col.

IIe Temps. — Avivement ovulaire de la paroi vaginale antérieure, commençant à l'orifice externe de l'urèthre et allant jusqu'à 1 c. 1/2 de l'incision transversale.

IIIe Temps. — Le corps utérin ainsi placé dans le vagin est, dès lors, avivé. Sa paroi postérieure est taillée jusqu'à ce qu'il vienne s'appliquer sur les bords de l'avivement vaginal où il sera fixé par des sutures. On termine par une colpopérinéorrhaphie.

Depuis Wertheim est revenu sur cette opération, Schauta qui la pratiquait à la même époque, l'a réglée d'une façon définitive et elle porte le nom d'opération de *Schauta-Wertheim.*

La voici telle que nous l'empruntons au livre de Krônig Doderlein ; chemin faisant nous ferons sur chacun de ces temps quelques réflexions personnelles.

Ier Temps. — Comme pour la colporrhaphie antérieure, on trace d'abord une incision médiane sur la paroi antérieure du vagin partant de l'orifice externe de l'urèthre jusqu'au col. Dissection de cette paroi vaginale antérieure de chaque côté.

II^e Temps. — A la limite de la vessie, on fait une incision transversale dans le tissu cellulaire vésico-utérin. La vessie étant repoussée en haut, le péritoine vésico utérin apparaît, la cavité péritonéale est ouverte.

III^e Temps. — Bascule de l'utérus soit avec le doigt recourbé en crochet, soit en saisissant le fond utérin avec des pinces.

IV^e Temps. — Section des trompes entre deux ligatures, enfouissement d'un des mognons tubaires de manière à assurer la stérilisation de la femme.

En même temps, on vérifie les annexes. S'il existe une salpingite d'un côté ou des deux côtés, ou des lésions ovariennes, on pourra très facilement faire par cette voie l'ablation des organes malades.

V^e Temps. — Fermeture de la cavité péritonéale par suture du péritoine antérieur au péritoine de la paroi postérieure de l'utérus vers les plis de Douglas, autrement dit les ligaments utéro-sacrés.

Cette suture du péritoine est facile l'utérus étant en ante-flexion forcée et luxé dans le vagin, comme dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale par le procédé de Doyen.

VI^e Temps. — Fixation de l'utérus dans la loge qui lui a été préparée par la dissection des lambeaux de la paroi antérieure vaginale. Le plus souvent le fond utèrin se loge sans peine dans cet espace, au dessous de la vessie, derrière la symphyse, ses crêtes latérales venant se loger dans les angles de cet espace cruenté.

D'autres fois, l'utérus est trop gros, le mieux est d'en reséquer un coin dans sa paroi antérieure; la fixation de l'utérus à la paroi vaginale est faite au catgut ou au crin de Florence. Lorsque les lambeaux vaginaux sont trop grands, on en résèque l'excédent, si ces lambeaux ne sont pas suffisamment grands pour recouvrir la totalité de l'utérus. Il faut savoir qu'il peut rester un petit ovale de la surface uterine à nu dans le vagin. On se contente de suturer les lambeaux vaginaux sur l'utérus à la limite de leur extensibilité. On termine par une colpopérineorrhaphie.

VII^e TEMPS. — A cette technique qui répond à la moyenne des faits, on a proposé quelques modifications suivant les cas.

Fuchs insiste pour que dans d'autres cas on associe à cette technique la resection du Douglas, qui dans les vieux prolapsus est presque toujours hypertrophié, et une amputation du col utérin lorsque le catethérisme montre une hypertrophie cervicale. — La resection du Douglas prévient la récidive sous forme d'élytrocèle postérieur.

L'amputation du col diminue le poids de l'utérus. Fuchs dit à ce sujet : « La resection du col a pour elle deux raisons : Tout « d'abord la suppression de lésions du museau de tanche (ulcé- « rations) et en outre la formation par les points de suture radiaire « ainsi plaies, d'une sclérose cicatricielle bienfaisante. »

Landeau conseille, lors de la fermeture du péritoine, de passer les fils non seulement dans le péritoine utérin, mais profondément dans le muscle utérin, de manière à fixer le plus haut possible l'isthme utérin.

En deuxième lieu, trouvant dans la majorité des cas l'utérus trop volumineux, il ampute le fond utérin d'une quantité variable suivant les cas. Cette amputation est faite obliquement d'avant en arrière et de haut en bas portant sur la paroi antérieure. Cette amputation s'accompagne fatalement d'hémorragie — on lie les vaisseaux qui saignent. La suture des lambeaux vaginaux sur le moignon utérin suffit à parfaire l'hémostase.

Avec Schauta nous croyons que dans les cas d'allongement du col on peut faire avec avantage l'amputation de celui-ci. Il vaut mieux alors commencer par elle, avec fente médiane de la paroi vaginale antérieure et décollement de la vessie vers le haut. On refait un nouveau museau de tanche avant d'ouvrir le péritoine. Nous n'avons jamais eu l'occasion de modifier la technique que nous avons donnée, surtout les conseils de Landeau et de Fuchs.

En général l'hypertrophie du col est une lésion secondaire, et il suffit de faire mettre ces malades au repos et de leur faire de la columnisation pendant une huitaine de jours pour voir ces

œdèmes disparaître et l'hypertrophie cervicale rétrocéder.— Nous pouvons en dire autant de l'hypertrophie du corps.

Il est bon de vérifier à l'hystéromètre la longueur de l'utérus, sa réducitibilité et de le placer en bonne position ou tout au moins de corriger la rétroversion pour voir le fond utérin peu à peu diminuer de volume. Grâce à cette précaution on ne trouvera plus le jour de l'opération des utérus gros, congestionnés, difficiles à basculer, difficiles à maintenir derrière la symphyse. Toutefois, nous reconnaissons que si l'indication paraissait nette l'amputation du fond utérin, d'après Landau, doit être une bonne opération. Les complications opératoires sont rares, elles peuvent être : la blessure de la vessie, qui n'est pas plus fréquente que dans une colporrhaphie antérieure, celà peut arriver à n'importe quel opérateur ; il suffit de la réparer et l'opération peut être continuée. De même une blessure du rectum peut survenir au cours de la colporrhaphie postérieure.

CHAPITRE III

Suites opératoires. — Résultats.

La première condition qu'il faut requérir d'une opération contre les prolapsus, c'est que la mortalité de cette opération soit nulle. Le prolapsus constitue une infirmité parfaitement supportable avec des appareils prothétiques. Dans la majorité des prolapsus, le pessaire est suffisant, et c'est encore ainsi que dans la clinique gynécologique sont traités la majorité des prolapsus. Dès que le périnée est effondré, le traitement par le pessaire est impossible ; s'il s'agit d'un prolapsus primitif du vagin, d'un affaissement général, le traitement orthopédique ne donne point point de résultats : c'est dans ce cas qu'une intervention s'impose.

Sur 289 cas, dont voici le tableau :

Doderlein — 79 dont 1 un cas de mort;
Sehauta — 40 ;
Wertheim-Bucura — 16 ;
Fuchs — 39 ;
Scharpenach — 100;
Krenig — 15.

Nous observons un seul cas de mort : c'est celui de Doderlein, qui raconte d'ailleurs ce fait de la façon suivante. Il s'agissait d'un utérus trop gros qui fut enfermé dans l'espace vésico-vaginal sans être diminué, si bien qu'au troisième jour la patiente mourut de septicémie ; à l'autopsie, il trouva un utérus gangrené. Doderlein considère la gangrène utérine comme primitive dûe à la mauvaise nutrition des tissus, et la septicémie comme secondaire. Nous aurions davantage tendance à croire qu'il s'agit dans

ce cas d'une faute d'asepsie ayant déterminé une péritonite mortelle avec processus gangréneux. Mais nous ne croyons pas qu'il faille mettre ce cas de mort sur le compte de l'intervention.

Suites opératoires. — Elles sont donc, en général, très simples. Les malades quittent l'hôpital du dix-septième au dix-neuvième jour. Il peut survenir à titre de complications, des phénomènes de cystite. On est obligé de les sonder pendant les quatre ou cinq premiers jours. Il peut se former un léger hématome dans la loge utérine, ce qui n'aura pas d'inconvénients avec une bonne asepsie. Il peut survenir une infection de la périnéorrhaphie, ce qui peut retarder la convalescence et compromettre comme nous allons le voir les résultats obtenus.

Nous n'avons remarqué chez nos malades aucuns troubles du côté de l'intestin ou du péritoine, et les auteurs dont nous avons constaté les observations n'ont relevé aucune complication de ce genre. Ceci est utile à dire étant donné que certains avaient émis la crainte d'un pincement de l'intestin au niveau de la brèche péritonéale.

Résultats éloignés. — Notre première intervention date du 23 avril 1905. Cette malade nous a écrit à plusieurs reprises. Elle a été revue depuis. Le résultat est parfait. Ce qui fait actuellement un résultat de deux ans et demi. — La deuxième date du mois d'avril de cette année, ce qui fait un résultat de quatre mois.

Nous ne parlerons pas de la troisième au point de vue résultat, étant donné qu'elle est toute récente.

A cet égard, nous pouvons compléter ce chapitre par les résultats que nous relevons chez les auteurs allemands. Nous avons relevé un total de 274 cas. Bucura cite 16 cas pris à la clinique de Wertheim. Dans 15, il eut un résultat absolument parfait ; une fois seulement survint un prolapsus total.

Schauta sur 40 observations ne rapporte également qu'une récidive.

Krônig sur 15 opérations pratiquées à Iéna a observé 5 récidives légères.

Fuchs à son tour sur 39 observations ne rapporte qu'une récidive.

Plus enthousiaste est Dolerlein. Dans son *Traité de gynécologie* de 1905, il rapporte une série de 47 cas opérés par cette méthode. Sur 32 malades, dont il a pu contrôler les résultats éloignés, il constate 23 succès complets. Dans 8 autres, il se produisit un léger abaissement vaginal dû à une plastique périnéale insuffisante ; une seule fois la récidive du prolapsus est totale.

Puis, dans sa dernière édition, Doderlein rapporte d'une façon détaillée les résultats éloignés de ses observations 1902-03-04. En 1902, il a pratiqué 23 de ces interventions : 18 malades ont été revues ; chez toutes, subjectivement aussi bien qu'objectivement, le prolapsus ne s'était reproduit en aucune façon. Ces opérations donnent un résultat de plus de 4 ans.

En l'année 1903, 22 malades ont été opérées ; 15 ont été revues.

En 1904, 10 malades ont été opérées ; 7 ont été revues.

Sur ces 22 malades revues, 13 avaient un résultat parfait, 9 présentaient les unes un affaissement, d'autres un allongement du col ; ou bien encore un certain déroulement de la paroi postérieure vaginale.

Scharpenack rapporte 100 cas opérés du milieu 1903 à fin mars 1907. Nous laisserons de côté les 17 cas trop récents, c'est-à-dire ayant moins de 8 mois. Or, sur les 83 cas qui restent, on a des renseignements sur 69 seulement, 14 étant mortes ou n'ayant pas répondu à l'appel. Sur ces 69 cas, 45 ont été examinées à nouveau, 24 ayant répondu seulement par lettre.

L'auteur analyse les résultats subjectifs obtenus sur 69 observations, les résultats objectifs sur 45.

Résultats subjectifs. — Au point de vue subjectif, l'auteur groupe ses 69 observations de la façon suivante. Par âge :

4 cas au-dessous de 30 ans (2 sans amélioration subjective ; elles continuent à dire que ça tombe) ;

30 cas de 31 à 45 ans (excellents résultats) ;

29 cas de 46 à 60 ans (4 mauvais résultats);

6 cas au-dessus de 60 ans (une se plaint des mêmes douleurs qu'auparavant).

Résultats objectifs. — Sur les 45 cas dont nous avons parlé tout à l'heure, 21 sont sans reproche, 16 ont un faible abaissement antérieur dans les grands efforts, 3 un faible abaissement postérieur, 5 récidives.

D'après cet auteur, les mauvais résultats sont observés dans les cas de prolapsus invétéré et complet de l'utérus et du vagin, c'est-à-dire dans les mauvais cas.

D'après l'étude de ces faits, il est impossible de dire à quoi tiennent les mauvais résultats, si ce n'est à la colpopérineorrhaphie postérieure. En effet si cette colpopérinéorrhaphie postérieure ne se fait pas par première intention, les résultats en sont plus facilement mauvais. D'autre part, il existe des cas où cette colpopérinéorrhaphie se trouve condamnée d'avance, du fait de l'atrophie des releveurs de l'anus.

CHAPITRE IV

Indications.

Les indications de cette intervention se tirent des conditions dans lesquelles on est appelé à discuter cette intervention, les unes ont trait à l'âge de la malade et sont fonction de la nécessité où l'on est de faire en même temps que cette intervention la stérilisation de la femme.

Il faut, lorsqu'on luxe un utérus dans cette position ne pas laisser la malade s'exposer à devenir enceinte : l'utérus étant ainsi placé sous la vessie derrière la symphyse s'est créé un cas de distocie qui peut être très préjudiciable à la malade. Tous les auteurs qui ont préconisé cette intervention ont reconnu la nécessité de ce complément.

La question de la stérilisation chirurgicale de la femme n'a pas été abordée jusqu'à ce jour, nous semble-t-il, d'une façon aussi franche dans les livres si ce n'est pour la condamner. Aussi, nous ne pouvons aborder ce point sans nous y arrêter d'une façon un peu insistante.

Nous repoussons immédiatement la stérilisation chez une femme jeune et nous ne comprenons point qu'on puisse étendre à cause de celà l'indication de cette intervention à une femme ayant moins de 30 ans, comme nous en relevons quatre cas dans la statistique de Scharpenach.

A cette phase, il faut être plus conservateur et avoir recours à d'autres procédés. Pour nous, cette opération de Schauta Wertheim n'est indiquée qu'après la ménopause ou aux environs de la ménopause. Pratiquée dans ces conditions et avec son consen-

tement, la stérilisation d'une femme ne peut présenter beaucoup d'objections; la question peut seulement se poser chez une femme ayant de 35 à 45 ans. A ces malades qui sont dans des conditions limites d'une fertilisation douteuse, est-il permis de faire une opération de Schauta-Wertheim ? A notre avis, il faut prévenir les malades, leur donner à choisir entre une opération moins bonne *l'hystéropexie* qui leur permet d'avoir des enfants et l'opération sus-indiquée qui leur ôte tout espoir de procréer. Il faut soi-même tenir compte du nombre des enfants vivants qu'a cette femme. C'est ainsi que tout récemment, chez une malade âgée de 34 ans, avec un prolapsus parfaitement justiciable de cette intervention, mais n'ayant qu'un enfant vivant sur cinq, nous avons préféré avoir recours à l'hystéropexie. S'agit-il, au contraire, d'une femme ayant cinq ou six enfants ou plus, aux environs de la 40e année, nous croyons qu'on peut tenir le raisonnement suivant : Il vaut mieux rendre cette femme valide et capable de soigner ses cinq ou six enfants que de la laisser informe sous prétexte de lui permettre d'en faire encore deux ou trois de plus, qu'elle ne pourra pas soigner. Par conséquent, la question d'âge donne les indications de notre intervention.

A côté de celà, il faut tenir compte des formes du prolapsus et des associations qui vont avec ce prolapsus. Certaines de ces indications paraîtront superflues à l'énoncé : *Cancer et prolapsus, fibrôme et prolapsus* ; voilà deux associations qui comportent une hystérectomie totale.

S'agit-il de tout petits myomes utérins, on pourra parfaitement les énucléer par voie vaginale au cours de l'intervention, telle que nous l'avons décrite.

Il faut cependant tenir compte du volume de l'utérus ; il faut qu'il puisse basculer par la brèche ou péritoine vesico-utérin. Le relâchement des tissus, l'effondrement de cette voute vaginale antérieure font qu'on fera passer par cette voie des utérus plus volumineux que la normale. Cependant, il faut tenir compte pour l'indication de cette intervension, du volume de cet utérus. Il faut

tenir compte aussi de sa réductibilité et il est bon, avant de commencer l'intervention, de s'assurer, sous anesthésie, qu'il es possible de ramener l'utérus en avant.

A un autre point de vue, il faut tenir compte de l'état des releveurs. C'est à 25 millimètres de la vulve qu'on peut saisir entre le pouce et l'index cette sangle des releveurs plus ou moins éloignée de la ligne médiane. Souvent les releveurs sont sentis mieux d'un côté que de l'autre.

Dans certains cas, on ne sent rien si ce n'est un faible matelas charnu entre le vagin et les ischions. Dans d'autres cas, les releveurs ne sont sentis que d'un côté. Dans le premier cas, les releveurs sont atrophiés et l'on craint de ne pas pouvoir faire une bonne réfection périnéale. Dans le second cas, on peut obtenir une restauration parfaite. Nous insistons sur ce point parce qu'une bonne perrinéorrhaphie est le complément indispensable de cette intervention.

Basculer l'utérus en avant, c'est tendre le vagin, c'est soutenir la vessie ; mais, il faut que l'utérus lui-même puisse être soutenu. C'est vouloir bâtir sans fondement que de faire la première partie de l'intervention si l'on ne peut pas compléter par la réfection d'un plancher périnéal qui soutiendra le tout. Il faut, disons-nous, dès le début et c'est ce qui fait la supériorité de cette intervention, lorsque toutes les conditions se présentent, il faut, dis-je, pour avoir un bon résultat dans une opérations de prolapsus, que la paroi vaginale antérieure, la vessie, l'utérus, viennent s'appuyer immédiatement sur la paroi postérieure du vagin, le rectum, le périnée ; il faut que ce tout fasse un bloc. Dans les cas où l'on ne prévoit pas qu'on puisse refaire un bon périnée, il est permis de chercher dans les autres méthodes et, en particulier, dans celles qui prennent un point d'appui sur la paroi abdominale. Nous disons, que pour cette opération trouve son indication, il faut qu'il n'y ait pas trop de lésions du côté du périnée. Nous dirons aussi qu'elle est contre-indiquée lorsqu'il n'y a pas assez de lésions dans les prolapsus au début.

S'agit-il d'une déchirure simple du périnée avec cystocèle ? Il faut y remédier à moins de frais. Une colporrhaphie antérieure, une colpopérinéorrhaphie seront suffisantes. Y a-t-il en même temps rétro-version ? Une fixation tégumentaire remédiera à la déviation utérine. Y a-t-il rétroversion et abaissement de l'utérus, c'est le triomphe de l'hystéropexie. L'amputation du col, associé à ces différentes interventions, conserve toutes ses indications.

En somme, l'intervention que nous préconisons, s'applique à tous les prolapsus survenant à la ménopause ou après la ménopause ; elle s'applique à la majorité des prolapsus graves, qui sont observés chez les malades, ayant de 35 à 45 ans.

Un point de vue pathogénique, qu'il s'agisse d'un prolapsus utérin primitif avec inversion vaginale secondaire — hernie utérine — ou d'un affaissement primitif du plancher périnéal avec prolapsus utérin secondaire, cette intervention trouve son indication. C'est celle qui réalise le mieux cette fusion, cette solidarité du plancher pelvien antérieur avec le plancher pelvien postérieur.

Il est bien certain, que l'utérus basculé dans le vagin, tend à combler l'espace qui existe entre le plancher pelvien antérieur, et le plancher pelvien postérieur. D'autre part, par sa bascule, il détermine une tension sur les parois vaginales qui transforme le vagin en un conduit virtuel, il faut, toutefois, bien observer ce qui va se passer du côté du Douglas par la luxation de l'utérus et, si cette poche du cul-de-sac postérieur, qui se trouve généralement élargie dans les prolapsus, n'est pas suffisamment tendue par la bascule du col, il faut prévenir le retournement de cette paroi et par là, la possibilité de cette amorce herniaire, en pratiquant la résection de cet excès de paroi vaginale flasque. Le rôle de cet élargissement du Douglas dans la récidive des prolapsus n'a pas été suffisamment mis en relief, et c'est pour celà que nous y revenons.

CHAPITRE V

Observation I

prise par M. le Dr Violet, moniteur de clinique gynécologique

Il s'agit d'une femme R... âgée de 43 ans, mariée ayant eu cinq enfants.

Diagnostic : Cystocèle, Rectocèle, Prolapsus utérin.

Intervention 23 août 1905 (Violet) :

Opération de Schauta-Wertheim. Colporraphie antérieure. Vagino-fixation, périnéorrhaphie avec suture directe des releveurs de l'anus.

La malade avait surtout un prolapsus antérieur, cystocèle très marquée, avec d'ailleurs des troubles de la miction. Au moment des efforts de toux, l'impulsion se fait sentir surtout en avant, La vulve est déchirée et baille ; à travers son ouverture la cystocèle fait hernie. L'utérus est en rétroversion, le col est à la vulve : la rétroversion est corrigible à la main.

Donc prolapsus antérieur : on décide une opération de Schauta-Wertheim. La colporrhaphie antérieure a été plutôt triangulaire que losangique. L'angle interne droit a été lâché au cours de l'intervention et au moment des sutures difficiles à retrouver, ce qui fait que la suture vaginale antérieur n'est pas parfaite. Ligature des trompes de chaque côté. Vagino-fixation par le fond utérin de la face antérieure. Périnéorrhaphie avec suture directe des releveurs.

Suites simples. — La malade part se sentant très bien. L'utérus est resté en très bonne position, c'est-à-dire exactement perpendiculaire à la pression abdominale, presque couché dans l'axe du vagin et en tout cas parallèle à sa paroi antérieure. A ce niveau la suture de la colporrhaphie antérieur à lâché sur une étendue

d'une pièce de deux francs. La suture superficielle du périnée a lâché un peu au niveau de la fourchette. La suture profonde des releveurs tient bien.

La femme R,.. a donné plusieurs fois de ses nouvelles. Elle se sent très bien. Pas de troubles de la miction, pas de redressement des organes.

Observation II

(Prise à la Charité. — Service du Professeur A. Pollosson)

Il s'agit d'une femme C. V., âgée de 42 ans, qui entre pour un prolapsus datant de 24 ans.

Deux accouchements il y a 25 et 24 ans Tous deux au forceps pour insuffisance de douleurs.

Le premier, n'eut point de complication consécutive. Au deuxième, il y eut une déchirure du périnée qui ne fut pas suturée.

Aussitôt après, la malade s'aperçut que son utérus sortait. Depuis cette époque, elle est constamment mal portante, sans être jamais malade à proprement parler. La menstruation est régulière, mais extrêmement peu abondante.

Pasde grossesse depuis.

Le prolapsus était peu gênant jusqu'ici. Mais, depuis une violente émotion survenue il y a 10 mois, le prolapsus se serait br usquemennt exagéré au point de devenir très gênant et, depuis ce moment les règles n'ont plus reparu.

La malade se plaint également de l'estomac, de malaise général — inappétence — mauvaise digestion toujours depuis la même époque.

A plusieurs reprises, on a essayé de placer des pessaires. Chaque fois on dut les enlever, la malade ne les supportant pas, (nausées, etc.).

A l'examen. — Le périnée est largement déchiré, le vulve est béante.

Prolapsus complet avec rétocèle et cystocèle, s'exagérant pendant la toux.

On essaie de placer un gros anneau rond qui est expulsé à un premier coup de toux.

On sent à gauche une masse annexielle du volume d'une mandarine.

Intervention. — 8 octobre 1907. — (Violet).

Colpotomie antérieure. Incision du péritoine. L'utérus est amené en avant par bascule. On reconnaît la trompe gauche fermée et pleine de liquide, plus petite cependant qu'elle ne paraissait à l'examen. Abblation des annexes gauches. — Fermeture du péritoine. L'utérus ainsi basculé est alors suturé, le fond en bas, dans la paroi vaginale antérieure, dans l'incision de la colpotomie, que l'on referme alors par dessus lui par des points verticaux. Puis périnéorrhaphie par des points verticaux. Suture des releveurs. Résection d'un lambeau de muqueuse vaginale en excès. Suture en losange à trois plans.

L'opération terminée, on est en présence d'un périnée solide. On perçoit le corps utérin basculé dans la paroi vésico-vaginale. Le col est perçu au fond du vagin, dans le cul-de-sac postérieur. Le vagin est étroit et sa direction est devenu à peu près horizontale.

Sort le 3 Septembre 1907, — Pendant son séjour un peu de de douleur à la miction pendant une quinzaine de jours. Revue deux mois après son intervention. L'utérus est en très bonne position mais paraissant déjà avoir diminué de volume de moitié environ. La vessie est très bien soutenue. La malade se sent très bien.

Observation III

Prise à la Charité, service du Dr Pollosson.

Il s'agit d'une dame B.,. V.... âgée de 46 ans.

Mariée. Entrée le 9 Décembre 1907.

Six accouchements assez difficiles, le dernier date de 5 ans, pas de fausses couches pas de maladies antérieures.

Réglée à 17 ans.

La malade vient parce qu'elle souffre des reins.

Quand elle reste longtemps debout, elle sent que quelque chose se déclanche,

Quelques pertes blanches.

La malade perd quelquefois involontairement ses urines dans la journée, en marchant, surtout depuis deux ans.

Elle dit avoir été déchirée au cours de ses accouchements successifs surtout pendant le dernier, en tous cas ses malaises datent principalement de celui-là. S'en est aperçue quatre ou cinq mois après son dernier accouchement.

A l'examen, vulve très large.

Prolapsus de la muqueuse vaginale en avant et en arrière, exagéré par les efforts de toux.

Cystocèle assez accusée. Pas de prolapsus utérin. Rétroversion utérine très marquée,

Pas de déchirure du sphincter anal.

Allongement hypertrophique de la lèvre antérieure.

Rectocèle, Le toucher rectal montre que la muqueuse rectale a suivi l'affaisement de la paroi vaginale postérieure.

Releveur de l'anus encore conservé à gauche.

Examen cystoscopique :

Paroi vésicale supérieure saine, blanche.

Paroi vésicale inférieure rouge, avec de grosses veines en rusface, quelques unes apparaissent du volume d'une plume de corbeau.

Vessie presque totalement rejetée à droite.
Col entièrement déformé.
Hystérométrie : 11 centimètres.
Cavité cervicale : 6.

Intervention. — 13 Décembre. — (Violet).

Colporrhaphie antérieure.
Colpotomie antérieure.

Bascule de l'utérus. Annexes saines.
Section des deux trompes et deux ligatures.
L'utérus est gros et se maintient difficilement derrière le symphyse.

Fermeture du péritoine en arrière.
Fixation de l'utérus du vagin.
Perinéorrhaphie. Suture directe des releveurs.

20 décembre.

Etat général et local satisfaisant. La périnéorrhaphie tient très bien sauf un peu de sphacèle au niveau de la nouvelle fourchette. L'utérus est en anté-flexion, mais, il s'est produit une légère flexion depuis l'opération.

CONCLUSIONS

I. — Il ne saurait y avoir un traitement unique du prolapsus.

II. — La colpopérinéorrhaphie reste à la base du traitement chirurgical du prolapsus.

III. — Il semble bien que les hystéropexies par la voie haute soient préférables, dans les cas bénins, aux interventions par la voie vaginale.

IV. — Pour qu'une intervention pour prolapsus soit efficace, il faut qu'on réalise parfaitement la fusion, la solidarité du plancher pelvien, c'est-à-dire paroi vaginale antérieure, vessie et utérus, avec le plancher pelvien postérieur, c'est-à-dire, paroi vaginale postérieure, rectum et périnée.

V. — Dans les prolapsus complets chez les femmes ayant atteint la ménopause, l'opération de Wertheim doit être l'opération de choix.

Le Président de la Thèse,
A. POLLOSSON.

Vu : Le Doyen,
H. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 19 Décembre 1907.

Le Recteur Président du Conseil de l'Université,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

Adams. — *Glascow medic. Journal*, juin, 1882.

André Maurice. — Du traitement du prolapsus utérin par l'opération de Lefort. *Thèse*, Paris, 1888-1889.

Asch. — *American Journal*, 1857.

— *Archiv. f. Gynecol.*, Bd. XXXI, 1889.

Baldy. — *American Journal of Obstetr.*. 1892.

Bonnet. — Technique de l'opération d'Alexander. *Sem. Gynécol.*, 1896.

Bordier. — Supériorité des opérations sur le vagin et d'une nouvelle opération, en particulier dans le prolapsus utérin. *Thèse*, Bordeaux, 1893-1894.

Bucura. — Uber dïe plastiche Verwendung des in Schiede gestürzten Uterus bei Prolapsen. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XLV, S. 422.

Coe. — *American Journrl of Obstetr.*, 1890.

Corradi. — *Lo Sperimentale*, 1876.

Delbet. — Traité de Chirurgie, p. 522.

Doderlein-Kronig. — Operative Gynækologie. Leipzig, 1905. S. 263

Doléris. — *Nouvelles archives d'Obst. et de Gynécol.*, 25 février, 1889.

— Traitement chirurgical de la rétroversion. *La Gynécologie*, 1897, p. 17.

Duret. — Société des Sciences médicales de Lille, 1893.

Edwards. — *British medic.*, 1864.

Fehlinh. — Ueber die neueren Operationem. *Bestrebungen zür Heilung Schwerer Worfulle.*

Freund (H. W.). — Uber moderne Prolapsoperationem *Centralblatt of Gyn.*, 1901, S. 441, ff.

Freund (W. A.). — Naturforscherversammlung. *Frankfurt a. Centralblatt of Gyn.*, 1896, n° 40.

Fristch (H.). — Prolaps. Operation. *Centralblatt. f. Gyn.*, 1900, n° 2.

Fuschs (H.). — Uber eine neue Methode der Cervix-Verküzung mit Echaltung der Vaginal portion *Hegars Beitr.*, Bd. III, H. 3.

Gebhardt. — *Arch. d, Danischen Gesundheits Colleg.*, 1836.

Gouillaud. — *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, janvier 1894.

Hahn. — *Berliner Klinische Wochens*, 1882, Jahrg XIX.

Herbécourt d'), — *Thèse*, Paris, 1900.

Hivet. — *Thèse*, Paris, 1901, n° 348.

Inglessi. — L'hystérectomie vaginale sans pinces. *Thèse*, Paris, 1902.

Jacobs. — *La Policlinique de Bruxelles*, 1896.

Jonnesco-Thomat. — *Annales de Gynécol. et d'Obstr.*, sept. et oct., 1900.

Joyeux. — Du traitement des prolapsus génitaux par l'hystéropexie. *Thèse*, Lyon, 1894-95.

Kehrer. — Beitr. Z. Klinischer u. experimental. *Geburstk and Gynec.*, 1879.

Kelly. — *New-York medic. Journal*, 5 oct. 1899, p. 383.

Klein. — Prolapsoperationem, insbesondere die W. A. Freundsche Einnahung des Uterus in die Scheide. *Hegars Beitr.*, Bd. VIII, H. 1.

Knorre. — *Centralblatt f. Gynec*, 1893, p. 1178.

Kœberlé. — *Gazette médicale de Strasbourg*, 1877.

Krugg. — N.-Y. obstetrical society, 1893.

Landeau.

Labadie-Lagrave. — Traité de Chirurgie, p. 396.

Le Dentu et Delbet. — Traité de Chirurgie, t. X., p. 432.

Lefort. — *Bulletin de thérapeutique*, 30 avril 1897.

Legueu. — Hystérectomie abdominale pour prolapsus utérin récidivé, *in* Leçons de Clinique chirurgicale. Hôtel-Dieu, 1901.

Lehmann. — Diskussionsbernerkungen. *Leitschr. f. Geb. u. Gynec.*, Bd. XLV. Sitzung. v. 23, III, 1900.

Lejars. — Leçons de Chirurgie, p. 491, 1895.

Mandelrtamm. — Zur operativen Behandlung der Genital Prolapse. *Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XIV, S. 410.

Mundé. — Value of the operation for Sorthening the round ligaments. *Americ. journ. of. Obstetr.*, nov. 1888 ; *The Medic. News*, 14 mars 1895.

Munchmeyer. — *Centralblatt f. Gynec.*, 1899.

Muller. — Congrès des naturalistes allemands. Keidelberg, 1899.

Negretto. — *Annali di ostet. e. ginec.* Milano, 1891.

Olshausen. — Ueber ventrale operationem bei Lageanomalien. *Centr. f. Gynec.*, 1886.

Oui. — L'hystéropexie envisagée au point de vue de son influence sur les grossesses ultérieures. Congrès de Rouen, 1904.

Patterson. — *Clascow medic. Journal*, 1896.

Payeur. — Uber die plastiche Verwendung des Uterus bei scheveren Total prolapsen alter Frauen. Inaug. Diss Strasbürg, 1896.

Péan. — *Bull. médic.*, 21 février, 1887.

Polk. — *Americ. journol of Obstetr.*, 1896, p. 606.

Pollosson. — *Revue de Gyuécol.*, 1905 ; *Lyon médical*, 1906.

Quénu. — *Annales de Gyn. et d'Obstr.*, janvier 1894.

Richelot. — Paris, 1886.

Scharpnach. — *Zentralblatt Gynækologie*, 1907, n° 36.

Schauta. — Die Operation schwerer Formem von Gebarmutters, chidenworfull.(Chrobak. Festchrift, II, Wien, 1903.

Segond. — *Bulletin de la Société de Chirurgie.*

Trélat. — *Clin. chirurgic*,, Paris, 1891, t. II, art. Prolapsus.

Truzzi. — Congrès de Rome, 1894.

Vieux. — Thèse 1906.

Winiwarter. — *Wiener Klinische Woch.*

Wertheim. — *Centralblatt f. Gyn* , 1899, n° 1.

Zeitsch. — *F. die gesam. Medic*, ou *Journal d'Oppenheim.* Hambourg, 1838, vol. IX, p. 570.

1907

IMPRIMERIE Joseph GIRY

78, Rue Crillon, 78

LYON

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. . . . Doyen.
J. COURMONT . . . Assesseur.
Doyen honoraire : M. LORTET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE TEISSIER BARD
Cliniques chirurgicales	PONCET JABOULAY
Clinique obstétricale et Accouchements.	FABRE
Clinique ophtalmologique	ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . .	NICOLAS
Clinique des maladies mentales	PIERRET
Clinique des maladies des enfants.	WEILL
Clinique des maladies des femmes.	POLLOSSON (A.)
Physique médicale	X...
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE
Matière médicale et Botanique.	BEAUVISAGE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale, . . .	GUIART
Anatomie	TESTUT
Anatomie générale et Histologie	RENAUT
Physiologie.	MORAT
Pathologie interne.	ROQUE
Pathologie et Thérapeutique générales	COLLET
Anatomie pathologique	TRIPIER
Médecine opératoire	POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING
Médecine légale	LACASSAGNE
Hygiène.	COURMONT (J.)
Thérapeutique	PIC
Pharmacologie.	FLORENCE

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours supplémentaire . . . . M. DOYON

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Pathologie externe	MM. VALLAS,	agrégé.
Maladies des voies urinaires	ROCHET	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx . . .	LANNOIS	—
Propédeutique chirurgicale.	BERARD	—
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN	—
Hygiène administrative	LESIEUR	—
Accouchements.	COMMANDEUR	—
Matière médicale	MOREAU	—
Embryologie	REGAUD	—
Anatomie topographique.	ANCEL	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	TIXIER	NEVEU-LEMAIRE	LAROYENNE
PAVIOT	REGAUD	PATEL	VORON
SAMBUC	ANCEL	J. LEPINE	NOGIER
COURMONT (P.)	COMMANDEUR	LESIEUR	MOUNEYRAT
CHATIN	GAYET	MARTIN (Etienne)	
VILLARD	MOREL	CAVAILLON	

M. BAYLE, Secrétaire.

Examinateurs de la thèse :

MM. Aug. POLLOSSON, *Président;* FABRE, *Assesseur;*
MM. TIXIER et CAVAILLON, *Agrégés.*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.